UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 67

LE

PROCÉDÉ EN VANNE

DANS

L'OPÉRATION DE L'ECTROPION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

PAR

P. DUPAS

Né à Montpellier, le 15 avril 1885

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1909)

ASSISTANT A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TRUC, professeur, *Président.*
TEDENAT, professeur, } *Assesseurs.*
LAGRIFFOUL, agrégé, } *Assesseurs.*
FLEIG, chargé des fonct. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

LE

PROCÉDÉ EN VANNE

DANS

L'OPÉRATION DE L'ECTROPION

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 67

LE

PROCÉDÉ EN VANNE

DANS

L'OPÉRATION DE L'ECTROPION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

P. DUPAS

Né à Montpellier, le 15 avril 1885

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1909)

ASSISTANT A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — TRUC, professeur, *Président.* ; TEDENAT, professeur, LAGRIFFOUL, agrégé, FLEIG, chargé des fonct. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. lib. (ch. de c.)
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse :

MM. TRUC, *président.*	MM. LAGRIFFOUL, *agrégé.*
TEDENAT, *professeur.*	FLEIG, *chargé des fonctions.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SŒURS, A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

P. DUPAS.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRIFFOUL

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLEIG

CHARGÉ DES FONCTIONS DE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE PHYSIOLOGIE

CHEF DES TRAVAUX DE PHYSIOLOGIE

P. DUPAS.

PREFACE

Durant notre séjour à la clinique ophtalmologique de Montpellier, comme externe d'abord et comme assistant ensuite, il nous a été donné d'observer fréquemment un grand nombre d'opérations d'ectropion. Le procédé employé variait suivant les indications du traitement. Il en était un cependant, qui était employé de préférence, et qui nous a frappé par sa simplicité, la facilité que l'on a de l'adapter à presque tous les cas et surtout par les résultats qu'il donnait. Le procédé dont nous voulons parler et que nous nous proposons de décrire dans ce travail, est le procédé en vanne de M. le professeur Truc.

Frappé de l'insuffisance des divers traitements chirurgicaux proposés et de la récidive fréquente de l'ectropion ex-vacuo après l'opération, M. le professeur Truc employa pour la première fois ce procédé en 1895. Il s'agissait d'un jeune homme qui avait été énucléé de l'œil droit à la suite d'un traumatisme, et qui avait tout d'abord pu porter un œil artificiel. Mais bientôt la cavité conjonctive se rétrécit graduellement, et il se produisit de l'ectropion. L'œil ne pouvait plus tenir dans l'orbite. On fit d'abord une première opération qui ne donna que des résultats temporaires.

Appelé à intervenir une seconde fois, M. le professeur Truc appliqua alors son procédé en vanne. Le résultat fut excellent et s'est maintenu tel.

Par la suite, plusieurs cas d'ectropion de la même nature furent opérés de la même façon, et toujours avec le même succès. On considéra, dès lors, que le procédé en vanne était le procédé de choix pour la cure chirurgicale définitive de l'ectropion *ex vacuo*. La technique de cette opération, ainsi que les observations, furent publiées dans les *Archives d'Ophtalmologie* du 8 octobre 1897.

Mais, depuis cette époque, le procédé en vanne a été appliqué au traitement des autres sortes d'ectropion. Successivement, l'ectropion sénile, l'ectropion juvénile, l'ectropion cicatriciel et l'ectropion paralytique ont été traités par le même procédé. Les résultats ont toujours pleinement justifié l'emploi de cette méthode et paraissent en quelque sorte indépendants des causes qui ont donné naissance à l'affection.

Aussi, ce procédé est aujourd'hui fréquemment employé dans le service de Monsieur le professeur Truc, et les statistiques des résultats opératoires fournissent une très grande proportion de guérisons définitives. Tandis que nous voyons souvent des malades dont la guérison se maintient depuis des années et des années, il est, au contraire, excessivement rare qu'un malade revienne pour une récidive de son ectropion.

Nous consacrerons donc ce travail à l'étude détaillée du procédé. Après quelques considérations générales et forcément très rapides sur l'ectropion, ses classifications, sa pathogénie et les divers traitements proposés, nous diviserons notre sujet en quatre chapitres.

Dans le premier, nous indiquerons les soins que l'on doit donner au malade, ainsi que les précautions que l'on doit prendre avant l'opération. Nous indiquerons également l'instrumentation nécessaire.

Dans le second, nous décrirons la technique du procédé en insistant sur chaque temps de l'opération. –

Dans le troisième, nous parlerons des suites opératoires et des soins que l'on doit donner au malade pendant les jours qui suivent l'intervention.

Dans le chapitre quatrième, après avoir décrit les avantages du procédé en vanne, nous en indiquerons les indications et les contrindications.

Comme nous ne pouvons dans ce travail donner *in extenso* toutes les observations recueillies à la clinique, nous les avons résumées en un tableau synoptique qui les groupe et qui met mieux en évidence les résultats thérapeutiques obtenus. Nous en publierons seulement quelques-unes qui offrent un intérêt plus particulier, soit à cause de la gravité de l'ectropion, soit à cause des difficultés opératoires. Nous les avons choisies de préférence parmi les divers genres d'ectropions, afin de mieux démontrer que le procédé en vanne est un procédé très éclectique et qui s'adresse à tous les cas.

Toutefois, avant de commencer cette étude, nous avons un devoir agréable à remplir : c'est celui de remercier tous ceux qui, dans le cours de nos études médicales, nous ont témoigné de l'intérêt.

Nos remerciements iront d'abord à notre maître, Monsieur le professeur Truc. Durant les deux années que nous avons passées dans son service, il nous a donné des marques de bienveillance et de sollicitude. Nous ne pouvons oublier que c'est à son école que nous nous sommes formé à la pratique, souvent si délicate, de l'ophtalmologie. Nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier aujourd'hui et de l'assurer de toute notre reconnaissance.

Que Monsieur le professeur Tédenat nous permette de lui dire ici combien nous avons été touché de la bien-

veillance qu'il nous a toujours manifestée. Dès le début de nos études médicales, il nous a témoigné de l'intérêt, et nous a toujours donné les meilleurs conseils. Qu'il reçoive avec nos remerciements l'assurance de notre profonde gratitude.

Quant à Monsieur le professeur agrégé Lagriffoul, après avoir guidé nos premiers pas dans l'étude de la bactériologie, il nous a, avec sa bienveillance accoutumée, ouvert les portes du laboratoire de microbiologie. Nous l'en remercions sincèrement.

Monsieur le docteur Fleig, chargé des fonctions de professeur agrégé, nous a fait l'honneur d'accepter de siéger à la soutenance de notre thèse ; nous lui en sommes reconnaissant et lui adressons notre meilleur hommage.

LE

PROCÉDÉ EN VANNE

DANS

L'OPÉRATION DE L'ECTROPION

INTRODUCTION

L'ectropion est une affection palpébrale, qui est constituée par le renversement de la paupière en dehors. La conjonctive palpébrale, au lieu d'être appliquée contre le globe oculaire, est éversée. Elle forme un bourrelet rougeâtre qui borde l'œil à sa partie inférieure. Dans ces conditions, non seulement la paupière ne peut remplir ses fonctions physiologiques, mais encore son aspect nuit d'une façon considérable à l'esthétique du visage, et c'est souvent cette seconde considération, de préférence à la première, qui amène le patient à se faire opérer.

Les classifications de l'ectropion varient suivant que l'on envisage le point de vue clinique ou le point de vue anatomique. Dans le premier cas, nous diviserons l'ectropion en ectropion cicatriciel, ectropion spasmodique et ectropion lacrymal. Dans le second cas, au contraire, nous

le diviserons en ectropion cutané, musculaire et muqueux.

Les deux classifications sont bonnes ; il suffit de savoir qu'en pratique on emploie indifféremment l'une ou l'autre ; les termes de cicatriciel, spasmodique et lacrymal étant considérés comme synonymes des termes cutané, musculaire et muqueux.

L'ectropion cutané ou cicatriciel est consécutif aux cicatrices que laissent après elles les plaies, les brûlures, les adhérences ostéitiques, le lupus. L'eczéma agit aussi de la même façon, en faisant rétracter la peau des paupières. Toutefois, il faut reconnaître qu'il agit d'une façon beaucoup plus modérée. Tandis, en effet, qu'une brûlure suffit pour produire un ectropion rapide, il faut des attaques répétées d'eczéma pour produire peu à peu la même affection.

L'ectropion cutané ou cicatriciel est consécutif aux ci- d'ectropion spasmodique. Dans la grande majorité des cas, cela est exact ; il est alors occasionné par la contraction spasmodique, non pas de tout le muscle orbiculaire, mais principalement de la portion orbitaire de ce muscle. Il faut cependant savoir qu'on peut aussi observer de l'ectropion dans la paralysie de ce muscle ; on a alors un ectropion musculaire paralytique qui, quoique moins fréquent que le précédent, est loin d'être une rareté clinique.

L'ectropion muqueux ou lacrymal est celui qu'on rencontre le plus fréquemment. Les vieillards, comme les adultes, y sont sujets. Aussi peut-on le subdiviser en ectropion muqueux juvénile et ectropion muqueux sénile ; à ce groupe il faut ajouter l'ectropion consécutif à l'énucléation de l'œil, ou ectropion *ex vacuo*.

L'ectropion muqueux est occasionné par l'exophtalmie, les tumeurs orbitaires, mais se rencontre surtout dans

les blépharo-conjonctivites chroniques des jeunes sujets lymphatiques et scrofuleux, qui ont une peau fine, lisse, tendue, presque insuffisante, ou chez les sujets âgés, atteints de larmoiement depuis longtemps et chez lesquels la peau est, au contraire, flasque, atonique, trop abondante, si bien que la paupière inférieure est pleine de rides transversales.

Pathogénie. — La pathogénie de l'ectropion est très variable suivant les diverses formes auxquelles on a affaire. Nous l'étudierons successivement dans les divers genres de renversement des paupières.

Dans l'ectropion lacrymal, c'est, sans contredit, le larmoiement qui tient la place prépondérante. Voici comment s'explique la genèse de l'affection. Les larmes s'accumulent entre la paupière inférieure et le globe oculaire. L'œil se trouve ainsi séparé de la paupière inférieure par une mince couche de liquide. Mais le rôle du larmoiement ne se borne pas là. En effet, par leur contact continuel, les larmes ont sur la conjonctive palpébrale une action irritante. Celle-ci répond à l'irritation par une prolifération épithéliale, qui tend encore à éloigner la paupière de l'œil. Nous avons alors un début d'éversion de la région ciliaire et, comme conséquence, les points lacrymaux sont déviés et tournés en dehors. Les larmes ne peuvent plus alors gagner les voies lacrymales, et il en résulte que le larmoiement se fait de plus en plus abondant. Toutes les causes productrices de l'ectropion se trouvent ainsi renforcées, mais, en plus, le larmoiement entretient, ou même crée souvent, un état eczémateux de la peau, qui la rend rétractile et qui attire en bas et en dehors la paupière. Le larmoiement est donc la cause initiale et principale de l'affection.

Dans la suite, le tarse prend part à l'inflammation de la conjonctive, et il se développe « une tarsite chronique » qui, à son tour, contribue à l'écartement de la paupière. Enfin, intervient aussi l'état de la peau. Il faut ici distinguer suivant que l'on a affaire à un vieillard ou à un sujet jeune lymphatique.

Chez le vieillard, à cause du peu de résistance de la peau, il suffira de la moindre contraction du muscle orbiculaire pour faire basculer le tarse.

Chez le jeune lymphatique, au contraire, la peau est lisse et rétractée et le mécanisme qui sollicite la paupière à s'ectropionner est un peu différent. L'éversement se produit, en effet, par la traction de la peau sur le bord marginal du tarse.

L'ectropion *ex-vacuo* est consécutif à l'énucléation de l'œil. Il est dû en partie à la stagnation muco-lacrymale dans la chambre conjonctivale de l'œil, et en partie aussi à l'irritation produite par l'œil artificiel. Il arrive, dans ces conditions, que la cavité conjonctivale, qui est d'abord suffisante pour permettre la prothèse, se rétrécit peu à peu, puis le bord marginal tend à s'éverser progressivement, et à un moment donné l'œil artificiel glisse à l'extérieur dès qu'on essaye de le mettre dans l'orbite.

Il est bon de noter que, dans cette variété d'ectropion, il y a tantôt excès, tantôt insuffisance de peau au niveau des paupières.

La pathogénie de l'ectropion cicatriciel et de l'ectropion spasmodique est, au début, un peu différente de celle de l'ectropion lacrymal. Mais, dans la suite, dès que l'éversion de la paupière a commencé à se produire, nous y retrouvons les mêmes causes qui l'entretiennent et l'accentuent.

Ainsi, dans l'ectropion cicatriciel, la cause première de

l'affection est la formation de brides cicatricielles consécutives à des plaies, des brûlures, du lupus, etc... Ces brides tirent en bas le bord marginal des paupières, mais, par suite, les larmes n'arrivent plus dans les points lacrymaux, qui sont eux-mêmes éversés en dehors, et il se produit du larmoiement ; ce larmoiement irrite la peau, qui devient rouge, eczémateuse et irrite la conjonctive, dont les cellules épithéliales prolifèrent et contribuent ainsi à l'écartement de la paupière. Nous voyons donc que nous retombons dans la pathogénie de l'ectropion lacrymal.

Dans l'ectropion spasmodique, il en est absolument de même, avec cette seule différence que la cause première de l'éversion est un spasme de la portion orbitaire du muscle. Mais une fois l'ectropion produit, le larmoiement intervient ici, pour entretenir et aggraver l'affection comme il l'avait fait pour les autres variétés d'ectropion.

Le pronostic de l'ectropion, qu'on ne traite pas, est mauvais. En effet, sans traitement, l'ectropion, non seulement n'a aucune tendance à guérir, mais, par un mécanisme un peu différent dans chaque cas, il s'exagère chaque jour de plus en plus. Le larmoiement devient plus intense, l'hypertrophie conjonctivale de plus en plus marquée.

Tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique, la paupière devient incapable de remplir son rôle. L'affection est disgracieuse et gênante pour le sujet qui en est atteint ; elle peut même devenir dangereuse pour le globe oculaire qui, n'étant plus protégé par la paupière, est le siège d'irritations continuelles qui finissent par l'enflammer. De plus, l'inflammation chronique de la portion éversée de la muqueuse palpébrale se transmet souvent à toute la conjonctive bulbaire.

Traitement. — Le traitement de l'ectropion comprend des indications qui sont communes à toutes les variétés et des indications particulières, qui varient avec les diverses formes d'ectropions.

Les indications communes consistent à rétablir le cours des larmes et à veiller au bon fonctionnement de l'appareil lacrymal.

Quant aux indications particulières, on a proposé un grand nombre de procédés opératoires pour les remplir.

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de décrire les multiples opérations qui ont pour but la cure de l'ectropion. La plupart de ces procédés sont d'ailleurs connus. Nous rappellerons simplement que les divers traitements imaginés ont pour but une action, soit :

1° Sur les voies lacrymales ;
2° Sur la muqueuse ;
3° Sur le tarse ;
4° Sur le muscle orbiculaire ;
5° Sur la peau ;
6° Sur toute la paupière ;
7° Soit enfin des actions combinées sur les diverses parties constituantes de la paupière.

CHAPITRE PREMIER

SOINS ET PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES

Les notions générales que nous avons données sur l'ectropion, sa pathogénie, ses classifications, ont été très sommaires. Elles sont pourtant suffisantes pour résumer tout ce qu'il est nécessaire de se rappeler pour la compréhension de notre travail. De plus, quoique fort rapides, elles font toutefois bien voir combien sont différentes les conditions opératoires de cette affection.

Sans parler du degré d'éversion, plus ou moins accentué, de la paupière, nous avons vu qu'en plus des conditions pathogéniques qui varient d'un sujet à l'autre, les dispositions anatomiques de la région sont aussi fort diverses. Chez les uns, en effet, et surtout chez les vieillards, nous avons une peau flasque, atone, trop abondante. Chez les autres, et principalement chez les jeunes sujets ou les adultes, la peau est tendue, lisse, insuffisante.

Malgré ces variations, le procédé de Monsieur le professeur Truc peut s'appliquer aux différents cas. Toutefois, avant d'aborder l'étude même du procédé, nous voudrions parler des précautions que l'on doit prendre avant l'opération, ainsi que des soins que l'on doit donner au malade quelques jours avant l'intervention.

Pour si bien réglée que soit une technique, ce n'est

pas d'elle seule que dépend tout le succès de l'opération ; les soins pré-opératoires ont ici une importance capitale, et c'est souvent faute de les avoir méconnus que l'on n'obtient pas toujours les résultats espérés.

Comme nous l'avons déjà vu, le larmoiement occupe une grande place dans la pathogénie de l'ectropion. C'est lui qui l'entretient et c'est lui qui l'aggrave. Aussi est-il toujours nécessaire de faire avant l'opération un pansement lacrymal.

L'action de ce cathétérisme est indéniable, puisque, dans les cas très légers d'éversion des paupières, il suffit souvent, soit à guérir, soit à retarder d'une façon notable son évolution.

Dans le service hospitalier de Monsieur le professeur Truc, on fait le cathétérisme des voies lacrymales deux ou trois jours avant l'opération, avec une sonde numéro 1 ou numéro 2. Ce procédé est préférable à celui qui consiste à faire le cathétérisme immédiatement avant l'intervention sur la paupière. Il a, en effet, l'avantage de ne pas énerver le malade et de rendre plus courte l'ensemble de l'opération.

Chacun sait, en effet, que, surtout chez les vieux lacrymaux, à muqueuse conjonctivale épaissie et tomenteuse, il est souvent difficile de trouver les points lacrymaux et qu'on n'y arrive qu'après plusieurs tentatives. Le cathétérisme est donc toujours, dans ces conditions-là, une chose délicate et un peu longue.

La seconde précaution à prendre, c'est de sectionner les canalicules lacrymaux, en ayant bien soin de diriger la section d'avant en arrière. Cathétérisme et section des canalicules auront une grande influence sur le larmoiement, car, ayant rendu les voies lacrymales perméables et ayant permis aux larmes d'arriver dans ces voies la-

crymales, les causes principales du larmoiement disparaissent.

On rencontre presque toujours, surtout dans les cas d'ectropion un peu avancé, de la blépharo-conjonctivite chronique ou subaiguë, ainsi que de l'eczéma des paupières. Il sera donc utile de faire un bon protargolage des paupières et de la conjonctive avec un pinceau et une solution de protargol à 1/5.

En agissant ainsi, non seulement on atténue, dans la mesure du possible, les causes qui donnent naissance à l'affection, mais encore on favorise l'asepsie du futur champ opératoire.

Chez les sujets nerveux et irritables, ou chez ceux qui sont trop impressionnables, on se trouve bien de l'emploi du bromidia quelques jours avant l'opération ; cette pratique nous a toujours donné d'excellents résultats. Les malades sont plus tranquilles, plus dociles le jour de l'intervention ; leur sensibilité est plus émoussée ; on évite ainsi la contracture spasmodique des paupières, qui cause tant de mécomptes lorsqu'elle se produit au moment où l'on intervient, ou dans les heures qui suivent.

Anesthésie. — Dans la grande majorité des cas, l'anesthésie locale suffit ; on emploiera une solution de cocaïne ou de novocaïne à 2 0/0, à laquelle on peut ajouter quelques gouttes d'une solution d'adrénaline au millième ; on obtient ainsi une anesthésie très suffisante et une hémostase qui est d'autant plus utile que l'on opère sur une région très vascularisée. Si, de plus, on a eu soin, comme nous l'avons recommandé plus haut, de donner quelques jours avant l'opération un peu de bromidia au malade, on obtient une insensibilité presque absolue de la région, et le patient ne ressent aucune douleur. Chaque fois que l'on

pourra employer l'anesthésie locale, cela sera préférable ; on évite ainsi, non seulement les dangers toujours possibles, quoique rares, de la narcose générale, mais, de plus, on évite au malade tous les inconvénients qui résultent de l'anesthésie générale.

Dans certains cas pourtant, on est obligé d'avoir recours à l'anesthésie générale. C'est d'abord lorsqu'on doit opérer de jeunes enfants. Très souvent, à cause de leur indocilité et de leurs mouvements continuels, et surtout si l'on n'a pas un nombre d'aides suffisant pour les bien maintenir, on devra employer le chloroforme ou l'éther. Enfin, chez certains adultes extrêmement nerveux, il sera également préférable d'employer la narcose générale.

Il est bien évident qu'on ne peut, sur ce sujet, donner des règles générales, et que chaque chirurgien se guidera pour agir sur ses préférences personnelles et sur l'assistance dont il peut disposer.

Instrumentation. — L'instrumentation est peu compliquée. Il suffira d'avoir à sa disposition, au moment de l'opération, les instruments suivants :

1° Un bistouri à un seul tranchant, étroit et affilé ;
2° Une pince à griffe ;
3° Une plaque en métal ou en corne ;
4° Un porte-aiguille ;
5° Une paire de ciseaux ;
6° Trois fils à deux aiguilles ;
7° Deux autres fils à une seule aiguille ;
8° Deux harpons.

On stérilisera soigneusement à l'étuve tous ces instruments avant de s'en servir.

Aides. — Quand on fait l'anesthésie locale, un seul aide suffit pour assister le chirurgien. Il maintient la tête du

patient et tend la paupière sur laquelle doit avoir lieu l'intervention.

Si l'on emploie, au contraire, l'anesthésie générale, ou si l'on a affaire à de jeunes enfants, deux aides seront nécessaires : l'un pour faire l'anesthésie, et l'autre pour aider le chirurgien. Toutefois, même dans les cas d'anesthésie locale chez les enfants, il sera prudent d'avoir un second aide, qui sera toujours prêt à maintenir le petit opéré si celui-ci bouge trop. L'incision intermarginale étant la partie la plus délicate de l'opération, il faut à ce moment-là une grande immobilité du sujet. Un mouvement intempestif se produisant alors, pourrait compromettre le résultat opératoire.

Nous n'insisterons pas sur la position du chirurgien par rapport au malade. Il n'y a, en effet, ici, aucune règle fixe. Chacun se placera de façon à n'être pas gêné et à garder toute la liberté de ses mouvements.

Les aides se placeront également de façon à être toujours prêts à intervenir, sans pour cela cacher ou diminuer le champ opératoire.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DU PROCÉDÉ EN VANNE

Pour bien exposer et bien comprendre la technique du procédé en vanne, il est indispensable d'avoir présente à la mémoire la constitution anatomique de la paupière.

Nous allons donc étudier rapidement les diverses parties constituantes de cette paupière.

D'une façon schématique, et pourtant très suffisante, on peut diviser la paupière en quatre lames, qui ont chacune une individualité propre et qui sont, en allant d'avant en arrière :

1° La peau ;
2° Le muscle orbiculaire ;
3° Le tarse ;
4° La conjonctive.

Entre la peau et le muscle orbiculaire, on ne trouve qu'une très mince couche de tissu cellulaire, si bien que peau et muscle sont intimement unis entre eux et peuvent être considérés comme formant la partie antérieure de la paupière.

De même, le tarse et la conjonctive sont presque accolés, n'étant séparés que par une fine couche de tissu conjonctif, et peuvent être regardés comme formant la partie postérieure de la paupière.

Entre les deux parties antérieure et postérieure de la paupière, se trouve une couche de tissu cellulaire assez abondante. Schématiquement, la paupière peut donc être considérée comme formée de deux lames, une lame antérieure, comprenant la peau et le muscle orbiculaire, une lame postérieure, comprenant le tarse et la conjonctive. Entre ces deux lames, les séparant, une couche de tissu cellulaire.

1° Lame antérieure. { peau. muscle orbiculaire.
2° Tissu cellulaire.
3° Lame postérieure. { tarse. conjonctive.

Cet aperçu très succinct de l'anatomie de la région est cependant suffisant pour permettre de suivre les différents temps opératoires du procédé en vanne.

L'opération de l'ectropion par le procédé en vanne, peut être, en effet, divisée en trois temps :

1er *Temps.* — Le premier temps consiste dans le dédoublement palpébro-marginal ou intra-cellulaire de la paupière ;

2e *Temps.* — Le second temps a pour but le relèvement en vanne de la lame antérieure ou musculo-cutanée.

3e *Temps.* — Le troisième temps n'est autre que la fixation de la lame antérieure dans sa nouvelle position, par une blépharopexie médiane et latérale.

Nous allons, après les avoir énumérés, décrire séparément chacun de ces trois temps, en insistant surtout sur les points particulièrement importants pour le succès de l'opération.

1° *Dédoublement palpébro-marginal de la paupière.* — On place le malade sur la table d'opération. On l'anesthésie ensuite par des injections et par des instillations de cocaïne ou de novocaïne. Il est recommandable de mettre une ou deux gouttes de cocaïne dans l'œil que l'on ne doit pas opérer, afin d'éviter les mouvements réflexes associés du globe oculaire et des paupières.

Quelques minutes après, alors que l'anesthésie a déjà commencé son effet, un aide place une plaque en métal,

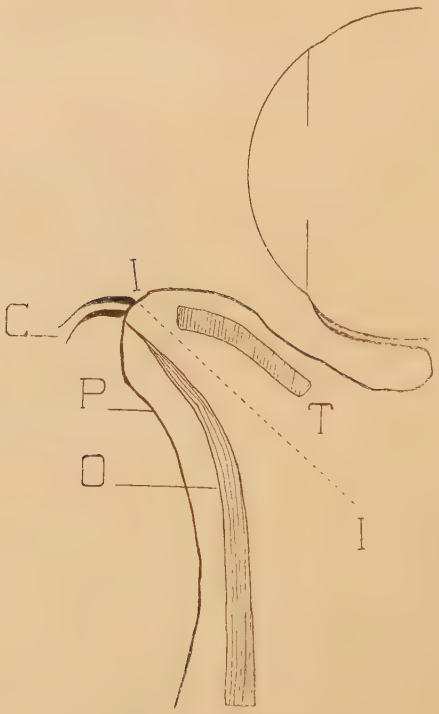


FIGURE 1. — **Ectropion**

C. Cils. — *P.* Peau. — *O.* Orbiculaire. — *T.* Tarse. — *I. I.* Ligne d'incision inter-marginale.

ou mieux, en corne, sous la paupière à opérer, entre celle-ci et le globe oculaire. Durant toute l'opération, l'aide

aura grand soin de maintenir cette plaque un peu écartée de la partie antérieure du globe oculaire. En agissant ainsi, non seulement il contribue par la pression qu'il exerce sur la paupière, à faire un peu d'hémostase, mais il évite surtout de traumatiser la cornée.

Un point très important consiste à bien tendre la paupière sur laquelle on va intervenir. Il suffit pour cela d'appuyer avec deux doigts à chacune des extrémités commissurales. Cette petite manœuvre, bien exécutée, permettra au chirurgien de tracer une ligne d'incision bien droite et bien nette, chose nécessaire au succès de l'opération. Il n'est d'ailleurs toujours pas aussi facile qu'on pourrait le supposer, de bien tendre sur la corne la paupière. Il arrive souvent, en effet, que l'hémorragie qui se produit dès le début de l'incision, rend la paupière molle et onctueuse. Les doigts de l'aide manquent alors de prise et glissent facilement. Aussi, pour éviter cet inconvénient, a-t-on proposé de tendre la paupière à l'aide de deux petits crochets ; deux épingles à cheveux non vernies et retournées en forme de crochet seront alors suffisantes.

Lorsque la paupière est bien tendue, le chirurgien peut alors commencer l'opération.

Avec un bistouri à lame bien étroite et bien effilée, il fera une incision intermarginale ; cette incision doit être pratiquée en arrière de la ligne des cils et parallèlement à elle. Dans les cas d'ectropion occupant toute l'étendue de la paupière, cette incision ira de la commissure externe au point lacrymal. Lorsque, au contraire, on se trouvera en présence seulement d'un ectropion partiel, il suffira que la ligne d'incision déborde franchement de chaque côté les limites de la portion ectropionnée.

Le succès opératoire consiste, en grande partie, dans la façon de tracer cette incision. Nous allons indiquer quels en sont les points particuliers et quelle est la meilleure méthode pour la bien réussir.

Tout d'abord, afin que l'incision soit bien verticale, on tiendra le bistouri absolument comme si l'on voulait plonger dans la paupière inférieure.

Secondement, il importe que la ligne d'incision ait bien partout la même hauteur. Pour cela, il faudra que les extrémités en soient très soigneusement délimitées. En d'autres termes, l'aire de l'incision doit avoir la forme d'un rectangle, et non celle d'un arc de cercle. Ce dernier point est très important ; c'est faute de ne l'avoir pas toujours bien observé que certains opérateurs ont eu parfois des résultats médiocres ou des récidives.

On doit également se demander quelle est la profondeur que l'on donnera à l'incision ?

D'une façon générale, on peut dire que la profondeur de l'incision sera proportionnelle à la gravité de l'ectropion. Plus l'ectropion est accusé, plus l'incision sera profonde. Dans les cas extrêmes, il faudra pourtant bien prendre garde, si on élève trop le lambeau antérieur, de ne pas avoir d'entropion secondaire. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce point.

Durant tout ce premier temps, un aide aura soin de bien tamponner la plaie, afin que le sang ne cache pas à l'opérateur le champ opératoire.

Comme on le voit par la description que nous venons d'en donner, ce premier temps du procédé en vanne, qui est de tous le plus délicat, n'est pourtant pas difficile. Il suffit d'en bien connaître les règles pour éviter tout ce qui pourrait nuire au succès de l'intervention. L'essentiel est d'être bien assisté et de faire une incision bien nette.

On a ainsi divisé la paupière en deux lames : une lame antérieure, ou musculo-cutanée, et une lame postérieure, ou tarso-conjonctivale.

2° *Relèvement en vanne de la lame antérieure ou musculo-cutanée.* — C'est dans ce second temps que l'on corrige l'ectropion.

L'ectropion est, nous le savons, constitué par l'éversion de la paupière, de telle sorte que la conjonctive palpébrale, au lieu d'être appliquée contre le globe oculaire, est retournée en dehors. Or, pour corriger cette affection, que faudrait-il faire ? Il faudrait remonter la peau de la pau-

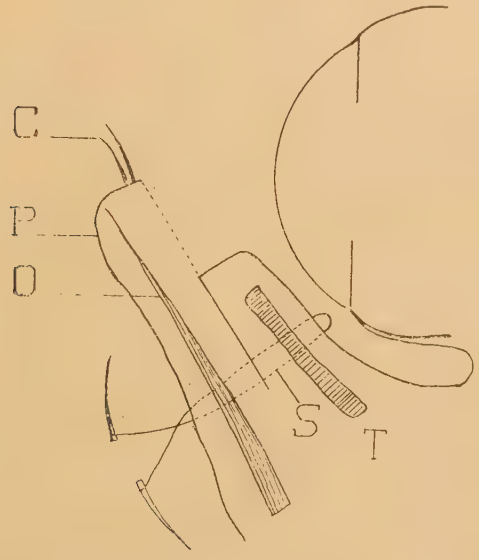


FIGURE 2. — **Elévation de la lame musculo-cutanée**

C. Cils. — *P.* Peau. — *O.* Orbiculaire. — *T.* Tarse. — *S.* Suture muco-cutanée.

pière inférieure, qui pend au-devant de la joue, de façon à l'appliquer de nouveau contre l'œil et à reformer ainsi le

cul-de-sac conjonctival. C'est ce qui a été rendu possible par le dédoublement en deux lames de la paupière, et c'est ce que se propose de faire le second temps de l'opération.

On relève le lambeau musculo-cutané en le faisant glisser comme une vanne sur le lambeau postérieur. Pour cela, on peut se servir de simples pinces à griffes, ou bien encore de deux à trois anses de fil que l'on passe à travers la lame antérieure ; on tirera ensuite d'une façon progressive et modérée, en s'aidant, si c'est néces-

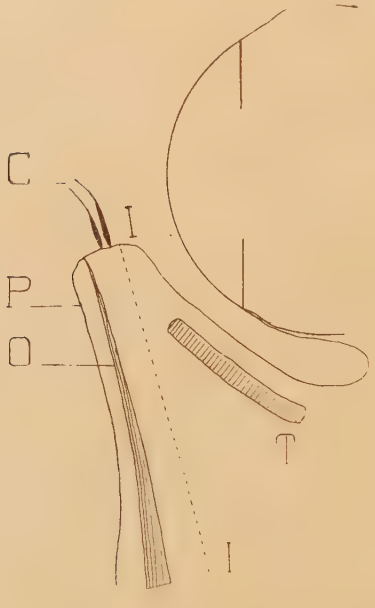


Figure 3. — **Ectropion corrigé**
C. Cils. — *P.* Peau. — *O.* Orbiculaire. — *T.* Tarse. — *I,I.* Ligne d'incision inter-marginale.

saire, du bistouri ou du ciseau. La traction se fera de bas en haut ; ainsi, la peau s'élèvera de quelques milli-

mètres, tandis qu'au contraire la muqueuse descendra. Lorsque le résultat voulu est obtenu, on s'arrête. Il est pourtant préférable, surtout si l'on a affaire à des vieillards, chez lesquels persisteront, une fois qu'ils retourneront dans leur milieu, toutes les causes qui ont donné naissance à l'affection, de chercher à obtenir une légère surcorrection. Le résultat sera ainsi meilleur, et le malade plus à l'abri d'une récidive.

L'ectropion est ainsi corrigé. Mais il faut rendre cette correction définitive, et pour cela il faut fixer dans la position qu'on vient de leur donner, les deux lames palpébrales. Ceci est le but du troisième temps opératoire.

3° *Blépharopexie muco-cutanée.* — Pour maintenir en place les deux lames de la paupière, on placera deux ou trois points de suture : un point médian et deux points latéraux. On peut se servir de fil métallique, mais dans la grande majorité des cas, on se sert de fil de soie.

La cicatrisation se fera alors entre les deux lambeaux. La guérison sera alors obtenue, puisque la correction de l'ectropion, faite dans le second temps du procédé, est rendue définitive.

De plus, la cicatrisation en s'opérant, renversera légèrement la lame antérieure en dedans. On aura ainsi un entropion compensateur de l'ectropion primitif, ce qui aura le grand avantage, dans les cas d'ectropion *ex vacuo,* de former un bourrelet suffisant pour contenir l'œil artificiel.

En résumé, les trois temps de l'opération de l'ectropion par le procédé en vanne sont fort simples. Il n'en est aucun qui ne soit à la portée de tout praticien : division de la paupière en deux lames, élévation de la lame antérieure, fixation des deux lames dans cette nouvelle position.

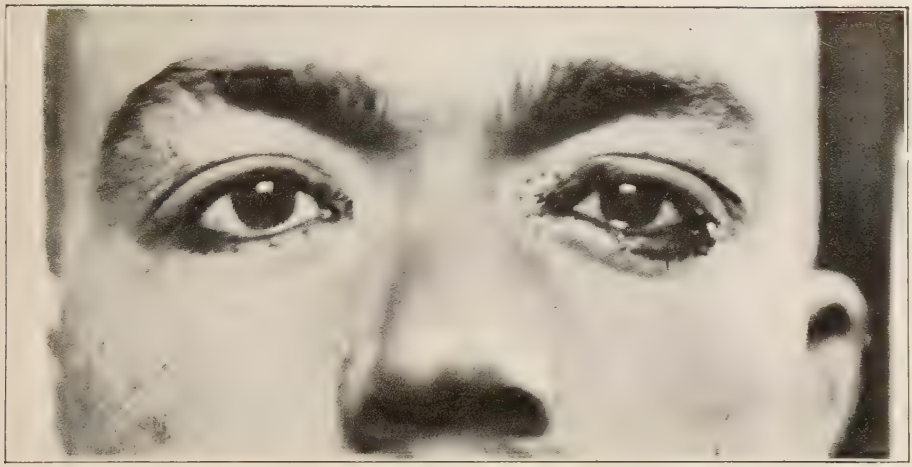
CHAPITRE III

SOINS CONSÉCUTIFS ET SUITE OPÉRATOIRE

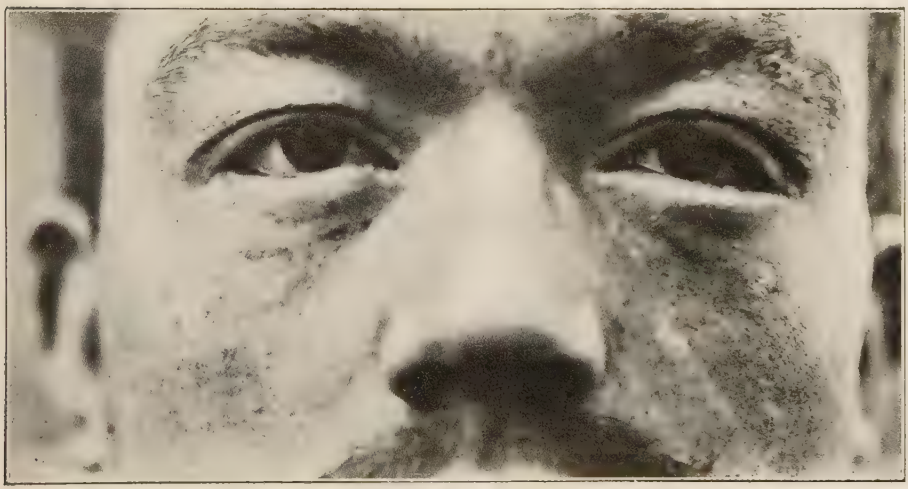
1° *Soins consécutifs.* — Dès que les points de suture ont été mis en place et que l'opération est terminée, on doit pendant quelques minutes favoriser l'hémostase en faisant à l'aide de tampons de coton une compression modérée sur la paupière. Si l'on néglige cette précaution, comme la région est très vascularisée, on voit apparaître de vastes ecchymoses palpébrales qui mettent plusieurs jours à disparaître. Elles n'ont évidemment aucune gravité, mais elles sont très disgracieuses et impressionnent souvent le malade, surtout s'il n'a pas été averti.

Après deux ou trois minutes de compression, lorsqu'on se sera rendu compte que la plaie ne saigne plus, on fera une toilette soignée, non seulement de la paupière, mais surtout de l'œil. On aura grand soin de retirer les filaments et les caillots sanguins qui se sont accumulés entre le globe oculaire et les paupières. Si on ne les retire, en effet, ces caillots joueront le rôle de corps étrangers et irriteront la cornée. Aussi n'est-il pas rare, dans ces conditions-là, d'observer, après le premier pansement, un peu de kératite.

Le mieux sera de faire une toilette des paupières et de la région péri-orbitaire, avec du coton et de l'eau bouillie. On fera ensuite un lavage de l'œil avec une seringue



Ectropion juvénil avant l'opération



Ectropion juvénil après l'opération

ou une poire et de l'eau stérilisée. Enfin, si l'on a quelque crainte d'avoir pendant l'opération légèrement éraillé la cornée, il sera prudent de mettre dans l'œil une goutte d'atropine et un peu de pommade Bertault ; on évitera ainsi la kératite et l'iritis, qui se produisent si facilement dans ces conditions, surtout lorsque l'œil est sous pansement occlusif.

Il faudra faire ensuite un bon pansement, légèrement compressif, de façon à bien maintenir la paupière dans sa nouvelle position corrective de l'ectropion.

Il est préférable d'employer le pansement humide ; il est mieux supporté par le malade. Voici comment on l'appliquera : on saupoudre d'abord les petites plaies occasionnées par les points de suture avec de l'iodoforme finement porphyrisé ; on appliquera ensuite sur l'œil fermé du coton bien imbibé d'eau stérilisée ; on mettra ce coton de telle sorte qu'il remonte bien la paupière et la soutienne parfaitement ; on fera ensuite un bandage croisé de l'œil. Il est bon aussi, au moins pendant le premier jour, de couvrir légèrement l'œil qui n'a pas été opéré, afin d'éviter autant que possible les mouvements réflexes associés et de mettre les paupières dans le plus grand état de repos.

Si pendant la journée le pansement devient trop sec, il sera facile de l'humecter avec un peu d'eau bouillie. De même, si le malade souffre un peu, on le calmera en versant un peu d'eau stérile sur le pansement ; ce petit moyen réussit très bien, et il évite de panser à nouveau l'opéré.

Il est préférable de laisser le malade au lit pendant les deux premiers jours. S'il s'agit de vieillards congestifs et qui, à cause du décubitus dorsal seraient menacés

d'hypostase, on pourra, dès le second jour, leur permettre de rester assis sur le lit.

Lorsque tout marche normalement, c'est-à-dire lorsque la souffrance de la première heure a disparu et lorsque le coton ou la gaze ne se montrent pas souillés par le pus ou par le sang, on laisse le premier pansement deux ou trois jours.

Le troisième jour, on le renouvelle, et suivant l'état de la plaie, on applique un nouveau pansement humide, ou bien on se contente d'un simple pansement sec.

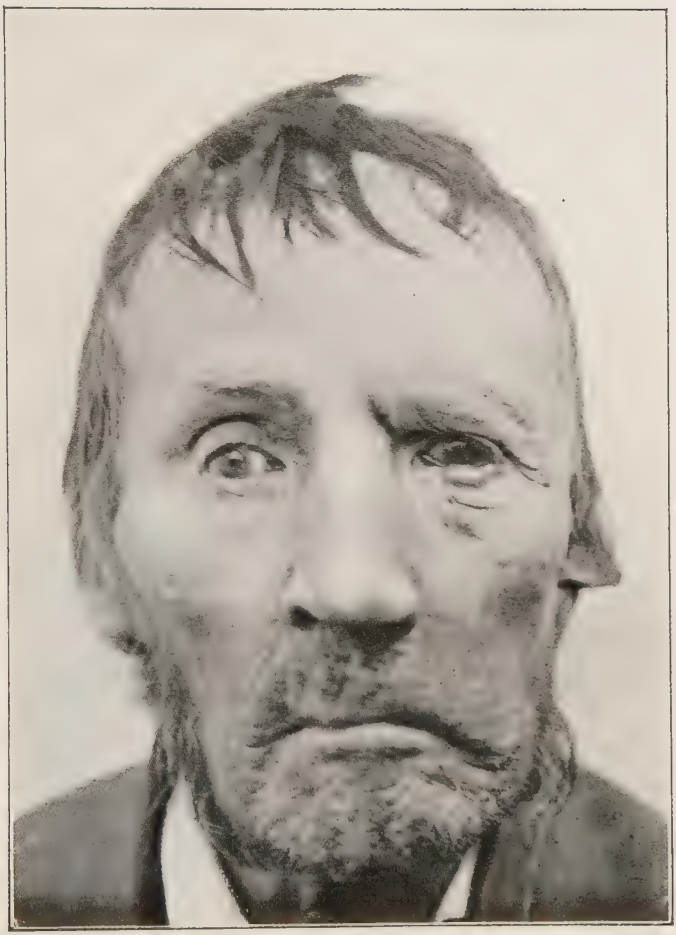
Vers le sixième jour, on peut enlever les points de suture. Il importe, en effet, de ne pas enlever les fils avant que la cicatrisation ne soit complète. D'un autre côté, il ne faut pas laisser la soie trop longtemps, sans cela, ainsi que nous le rapportons dans une de nos observations, il se forme une petite encoche au niveau du fil qui est resté trop longtemps en place.

On peut aussi, et c'est généralement la technique employée par notre maître, Monsieur le professeur Truc, dans son service, enlever le fil médian un peu avant les autres ; on enlèvera le fil du milieu vers le quatrième jour, et les deux points latéraux deux jours après.

Enfin, chez les vieux malades, porteurs depuis des années et des années de conjonctivites et de dacryocystites, et chez lesquels l'asepsie parfaite est presque pratiquement irréalisable, il arrive souvent que les points de suture viennent à suppurer. Dans ces cas, il est préférable d'enlever tous les fils dès le quatrième jour : on évitera ainsi que le petit abcès formé ne s'étende. La soie enlevée, la suppuration s'arrête, en effet, très vite ; il suffira de saupoudrer les petits points purulents avec de l'iodoforme porphyrisé.

Lorsqu'on enlèvera les points de suture, il sera bon de

Ectropion paralytique avant l'opération



Ectropion paralytique après l'opération

se rendre compte qu'on ne laisse pas dans la plaie l'anse du point de suture. Sans quoi, la guérison est retardée par une suppuration qui ne disparaît que lorsque le petit fragment de soie a été éliminé. Pour être bien certain que l'on a tout retiré, il n'y a qu'à prendre la précaution de reconstituer l'anse une fois qu'on l'a retirée de la paupière ; on se rend ainsi facilement compte s'il en manque ou non un fragment.

Après le sixième jour, surtout s'il n'y a pas eu de complications infectieuses, on supprimera tout pansement en se bornant à maintenir l'œil dans un grand état de propreté.

2° *Suites opératoires.* — Les suites de l'opération sont en général bonnes. Le malade souffre peu, et encore ces douleurs disparaissent-elles après quelques heures. Il suffira, dans la majorité des cas, de donner au malade un calmant général. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, on se trouve très bien, dans le service de Monsieur le professeur Truc, de l'emploi du bromidia, continué pendant la journée qui suit l'opération.

Après le premier pansement, vers le troisième ou le quatrième jour, l'aspect de la paupière est le suivant : la peau est légèrement œdémateuse, luisante, un peu hyperhémiée, surtout au niveau de la région ciliaire ; à la fin de la première semaine, l'œdème et la rougeur de la peau ont presque entièrement disparu. La paupière opérée donne seulement l'impression d'être un peu plus épaisse que l'autre. Mais cet aspect diminue peu à peu et tout redevient bientôt normal.

A la place du bourrelet rouge si disgracieux de l'ectropion, on voit alors une paupière qui a repris sa physionomie habituelle.

Au point de vue esthétique, celui qui souvent préoccupe le plus le malade, le résultat est parfait.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est tout aussi satisfaisant. La paupière, reconstituée, remplit à nouveau les fonctions qui lui sont dévolues. Les cils, qui étaient petits, malades, n'étant plus continuellement irrités par les larmes, reprennent leur aspect normal et deviennent eux aussi aptes à remplir le rôle de protection oculaire qui leur est attribué.

Nous devons toutefois ajouter que, surtout lorsque l'opération n'a porté que sur une seule paupière, il en résulte un certain degré d'asymétrie. Le globe oculaire du côté opéré semble plus petit que l'autre, parce que la fente palpébrale est un peu rétrécie. Cette asymétrie est surtout marquée lorsqu'on a opéré une seule paupière et que l'autre paupière est affectée d'un début d'ectropion.

Cette dissemblance d'aspect s'atténue d'ailleurs fortement avec le temps. Nous avons cru la signaler pour être complet. Nous ferons toutefois remarquer qu'elle n'est pas le propre du procédé en vanne, et qu'on la retrouve dans tous les procédés opératoires qui ont pour but la cure de l'ectropion.

Comme on le voit, les soins à donner à l'opéré se réduisent au minimum. Quant aux suites de l'opération, elles sont peu douloureuses et rapides, si bien qu'à la fin de la première semaine le sujet peut être considéré comme guéri.

CHAPITRE IV

AVANTAGES DU PROCÉDÉ EN VANNE. - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Nous avons, dans le cours des chapitres précédents, indiqué les précautions que l'on devait prendre avant l'opération, la technique du procédé, puis les soins consécutifs et les suites opératoires. Il nous reste à indiquer les avantages de ce procédé et à en montrer les indications et les contrindications.

Avantages du procédé en vanne

Tout d'abord, qualité appréciable pour le chirurgien, le procédé en vanne est un *procédé simple*. Il est simple dans sa technique, de même qu'il est simple dans l'outillage qu'il nécessite. Il suffit d'avoir soigneusement suivi plusieurs opérations de ce genre pour être à même de l'employer avec succès. Le seul temps de l'opération qui soit un peu délicat, est le premier. L'incision intermarginale de la paupière, doit être, en effet, particulièrement soignée. On la fera bien en arrière de la ligne des cils et parallèle à elle. Cette manœuvre sera d'ailleurs considérablement simplifiée si l'opérateur peut compter sur une bonne assistance. Il suffit, en effet, que l'aide tende soigneusement la paupière pour que le chirurgien ayant

sous les yeux un bord marginal bien droit et bien tendu, fasse cette incision sans difficulté.

Les deux autres temps de l'opération : le relèvement de la lame musculo-cutanée ou lame antérieure, et la blépharopexie muco-cutanée n'offrent point de difficulté et sont extrêmement simples.

Le procédé en vanne se recommande encore par la *rapidité de sa technique*. L'opération est en effet très vite faite, et surtout lorsqu'on en a un peu l'habitude, ne nécessite guère plus de dix minutes à un quart d'heure. Ce point n'est pas à dédaigner, surtout lorsqu'on emploie l'anesthésie générale. La dose de narcotique employée est alors toujours extrêmement faible.

L'opération *est peu douloureuse*. Seul, en effet, le premier temps opératoire est douloureux, et l'injection de cocaïne faite dix minutes avant l'intervention suffit largement à supprimer les sensations pénibles. De plus, à cause de la rapidité de l'intervention, l'action anesthésique de la cocaïne dure encore, alors que l'opération est déjà terminée.

Les suites opératoires sont bonnes, et *la guérison rapide*. Nous avons vu, en effet, que l'on enlevait les points de suture du quatrième au sixième jour après l'opération. Or, déjà après la première semaine, le sujet n'est plus astreint à aucun pansement oculaire. Il suffit qu'il tienne ses paupières dans un grand état de propreté. Il peut alors, si c'est nécessaire, reprendre ses occupations ordinaires : on lui recommandera seulement, surtout pendant les premiers temps, de prendre quelques précautions lorsqu'il nettoyera ses paupières. Ce nettoyage doit, pour la paupière inférieure, se faire de bas en haut, ce qui tend à maintenir la paupière dans sa position normale ; tandis que le nettoyage de haut en bas, que le malade ne manque-

rait pas de faire s'il n'était pas prévenu, aurait pour conséquence de solliciter la paupière à se retourner en dehors.

Nous savons aussi que chez les vieux malades qui arrivent avec un ectropion déjà avancé, il est souvent difficile d'obtenir une antisepsie parfaite du champ opératoire. Ces malades ont, en effet, depuis longtemps, de la conjonctivite chronique, du larmoiement de la dacryocystite suppurée : aussi n'est-il pas rare d'observer après l'intervention de la suppuration, surtout au niveau des points de suture. Or, malgré cette complication, dans la grande majorité des cas, le résultat opératoire n'en est pas influencé. On a simplement un œdème un peu plus accentué de la paupière ; on en est réduit à enlever un peu plus tôt les points de suture, mais tout se borne là, et la guérison survient. Dans beaucoup d'autres procédés, au contraire, et principalement dans les procédés avec autoplastie, l'apparition de la suppuration a des conséquences beaucoup plus graves. La vitalité du lambeau est alors fort diminuée, et il arrive, soit qu'il ne se greffe pas bien, soit qu'il se nécrose en partie ou en totalité. Le résultat opératoire est alors d'autant plus fortement compromis qu'il est souvent assez difficile de trouver dans la région péri-orbitaire un autre lambeau qui remplisse les conditions voulues. La plupart du temps, on en est réduit à changer sa technique opératoire et à refaire l'opération par une autre méthode.

Avec le procédé en vanne, nous n'avons à redouter aucun de ces inconvénients. Si l'ectropion n'est pas entièrement corrigé par une première opération, ou même si nous avons une récidive, il nous sera toujours possible dans une intervention ultérieure de reprendre le même procédé et d'obtenir cette fois une guérison définitive. Le

procédé en vanne est donc un procédé que l'on peut *recommencer sur la même paupière.*

Le procédé en vanne est enfin, ainsi que nous en rapportons un cas dans une de nos observations, un des seuls moyens qui permette dans une seule et même opération de guérir à la fois *l'ectropion et l'entropion coexistant simultanément sur la même paupière.* Il suffira par un jeu de bascule, d'élever la lame antérieure au niveau de la portion ectropionnée et de l'abaisser au contraire au niveau de la partie entropionnée ; on fixera ensuite, par des points de suture les deux lames dans leur position respective. Enfin, et c'est là le plus grand avantage du procédé en vanne, *le résultat opératoire est bon.* Non seulement le résultat immédiat, après quelques semaines, mais le résultat lointain. La guérison se maintient depuis des années, comme en font foi les statistiques de la clinique.

D'ailleurs, depuis quelques années, d'autres chirurgiens ont adopté le procédé en vanne. C'est ainsi que les docteurs Delord, de Nimes, Dupuy-Dutemps, de Paris, Espinouze, de Perpignan, et bien d'autres, ont publié le résultat de leurs opérations. Tous n'ont eu qu'à se louer des résultats obtenus, et leurs statistiques viennent corroborer les nôtres et leur donner ainsi plus d'autorité encore.

Indications du procédé

Les indications du procédé en vanne, sont aussi nombreuses que variées. Déjà, nous avons eu l'occasion de faire remarquer que ce procédé pouvait s'appliquer à une foule de cas dissemblables.

En effet, on peut l'employer dans les divers genres d'ectropion, quelle qu'en soit leur pathogénie. Utilisé

d'abord pour la première fois, dans l'ectropion *ex vacuo* nous avons vu son emploi s'étendre à l'ectropion sénile, puis à l'ectropion juvénile, à l'ectropion paralytique et à l'ectropion cicatriciel.

Dans la clinique de notre maître, M. le professeur Truc, nous l'avons souvent vu employer dans des cas qui variaient et par leur nature et par le degré de l'affection. Malgré cette diversité, il était surprenant de voir combien le succès de l'opération était en quelque sorte indépendant de la pathogénie et du degré d'intensité de l'ectropion. Après des années, nous avons pu constater que la guérison se maintenait parfaite aussi bien dans les cas d'ectropion *ex-vacuo* que dans les cas d'ectropion juvénile, sénile ou cicatriciel. Les malades se montraient toujours enchantés de l'opération ; ce qui peut bien passer pour un critérium, car en l'espèce, chacun sait qu'un malade qui a été opéré pour une affection quelconque, d'ailleurs, voudrait toujours se trouver mieux que s'il n'avait jamais eu besoin d'opération.

Il est toutefois des cas où le procédé en vanne paraît indiqué d'une façon plus nette et plus évidente. Nous allons donc énumérer les cas où l'on retirera de son emploi un plus grand avantage.

C'est d'abord dans l'ectropion consécutif à l'énucléation de l'œil, dans l'ectropion *ex vacuo*. Cette affection est, en effet, très fréquente chez les sujets qui ont subi l'ablation du globe oculaire. Il débute d'une façon insidieuse. Peu marqué au début, presque insignifiant, il s'aggrave peu à peu jusqu'au jour où il finit par rendre absolument impossible toute prothèse. Pour combattre ce genre d'ectropion, bien des opérations ont été proposées. Certaines donnent d'assez bons résultats. Malheureusement, trop souvent, le résultat est incomplet ou bien la guérison ne

se maintient que durant quelques mois. L'affection récidive ensuite avec toutes ses conséquences.

Or, c'est justement dans ces cas, qui occasionnent souvent au malade et au chirurgien tant de déboires, que le procédé en vanne paraît donner ses plus brillants résultats. En compulsant toutes les observations de la clinique ophtalmologique de Montpellier depuis 15 ans, nous n'avons pu trouver que deux ou trois cas de récidive d'ectropion ex-vacuo après l'opération par le procédé en vanne. Nous pourrions, par contre, publier de nombreux cas où la guérison se maintient depuis huit, dix et quinze ans.

Une des indications les plus formelles de ce procédé est donc l'ectropion ex-vacuo, et le chirurgien aura tout intérêt à l'essayer dans ce cas-là, surtout après l'échec des autres procédés.

Vient ensuite l'ectropion sénile, chez les vieux lacrymaux, à peau flasque et abondante, et surtout dans les cas un peu avancés où l'œil est bordé par un liseré rouge, épais et large. Dans ces cas encore, on obtient avec le procédé du professeur Truc des résultats excellents et des récidives fort rares. Si l'on songe que l'on se trouve souvent en présence de vieillards qui ont du larmoiement depuis dix ou quinze ans, et chez lesquels le cathétérisme est parfois impossible, les canalicules lacrymaux ayant absolument disparu, et que malgré cette cause, la plus importante de toute dans la pathogénie de l'affection, le résultat opératoire se maintient parfait, on est bien obligé de constater qu'une méthode qui donne des résultats opératoires aussi définitifs doit être indiquée très spécialement. En effet, revenus dans leur milieu, la plus grande partie de ces vieillards, malgré les conseils qu'on leur a donnés, ne suivent aucune des prescriptions hygiéniques

nécessaires à leur état. Ils ne soignent ni leurs yeux, ni leurs paupières, ils ne traitent ni leur blépharo-conjonctivite, ni leur larmoiement, et malgré toutes ces causes qui devraient provoquer la récidive de l'ectropion, en règle générale la guérison se maintient.

Enfin, dans l'ectropion juvénile, principalement dans les cas qui paraissent les plus invétérés, les plus rebelles au traitement, le procédé en vanne a donné d'excellents résultats.

Dans les cas d'ectropions cicatriciels ou musculaires et surtout paralytiques, les résultats observés ont été aussi très bons. On peut donc, avec une méthode très simple, obtenir des guérisons aussi définitives que par les procédés les plus compliqués.

Contre-indications du procédé

De ce que le procédé en vanne est applicable à la majorité des cas, il ne faudrait pourtant pas en déduire qu'il n'y a à son emploi aucune contre-indication. Ces contre-indications, quoique peu nombreuses, existent ; on peut les diviser en contre-indications relatives et en contre-indications absolues. Examinons-les séparément.

Les raisons des *contre-indications relatives* tiennent soit à la bénignité de l'ectropion, soit à des préoccupations esthétiques.

a) *Bénignité de la lésion.* — Il est des cas d'ectropion si légers, si peu marqués, qu'il suffit souvent de simples soins d'hygiène, d'un pansement lacrymal avec section des canalicules lacrymaux ou tout au plus d'une blépharorraphie externe pour faire disparaître complètement le retournement des paupières. Dans ces cas si bénins, il serait

évidemment exagéré, alors qu'on a d'autres moyens bien plus simples à sa disposition, d'employer un procédé qui constitue une véritable opération avec tous les ennuis et les désagréments que comporte toujours ce genre d'intervention. Donc, dans les cas fort légers, si l'on peut à la rigueur employer le procédé en vanne, il vaut mieux s'en abstenir, puisque avec les procédés plus simples on peut arriver au même résultat.

b) Préoccupations esthétiques. — Ici, c'est surtout pour les sujets du sexe féminin et principalement pour les jeunes filles que la question se pose.

Il arrive souvent qu'on est en présence d'un ectropion assez léger, unilatéral, ou même, n'occupant qu'une partie de la paupière. Il est alors préférable dans ces cas de ne pas employer le procédé en vanne.

En effet, lorsque l'intervention n'a lieu que sur une seule paupière, il en résulte par suite de la différence d'épaisseur, de hauteur et de coloration des deux paupières droite et gauche, un certain degré d'asymétrie qui ne peut que nuire à l'esthétique de la physionomie.

En présence d'un ectropion unilatéral et léger chez une jeune fille, il vaudra donc mieux employer un autre procédé.

Les contre-indications relatives du procédé en vanne se bornent donc comme on le voit à peu de chose. Restent les contre-indications absolues.

Contre-indications absolues. — Il existe certains cas d'ectropion où le procédé en vanne ne peut pas ou ne doit pas être employé.

Nous citerons d'abord certains cas extrêmes d'ectropion cicatriciel. A la suite de brûlures étendues et profon-

ces, consécutivement à certains lupus ou après des suppurations diverses qui ont causé une grande perte de substance, il se produit souvent des ectropions très marqués. La peau qui, par un processus différent dans chaque cas, a été détruite, ne se régénère pas. Il se forme à sa place du tissu conjonctif, c'est-à-dire du tissu de cicatrice. Mais à mesure que la cicatrice vieillit, elle se rétracte et exagère encore l'éversion de la paupière.

On ne peut dans ces cas appliquer le procédé en vanne, qui suppose une peau souple, ayant gardé son élasticité et pouvant être mobilisée. Or, dans les cas d'ectropions cicatriciels étendus, non seulement la peau de la paupière mais encore souvent une partie de la peau des joues est remplacée par du tissu inodulaire. De plus, il se produit souvent, à la suite d'abcès chauds ou froids de la région, des adhérences entre la peau et le squelette consécutifs à des suppurations osseuses et à des fistules.

La seule manière de guérir ces cas extrêmes consiste à faire de l'autoplastie et à reconstruire la paupière avec la peau des régions voisines. Le procédé en vanne ne donnerait aucun résultat et ne doit pas être employé dans l'ectropion avec cicatrices profondes et étendues de la paupière.

Il existe d'autres cas d'ectropions extrêmes, où l'emploi du procédé en vanne en trois temps, tel que nous l'avons décrit, ne doit pas être conseillé : c'est lorsque presque toute la paupière inférieure est éversée, lorsqu'il n'existe pour ainsi dire plus de cavité conjonctivale et que tout le cul-de-sac de la muqueuse est déplissé et pend au dehors.

Nous avons vu, en effet, que plus l'ectropion était marqué, plus l'incision de la paupière devait être profonde. Or, qu'arrivera-t-il dans ces cas extrêmes ? Ayant fait

une incision très profonde, lorsque nous aurons détaché du tarse notre lame antérieure, cette lame sera forcément très élevée. Elle sera mal soutenue, et plus tard, par suite du retournement cicatriciel elle provoquera de l'entropion et du trichiasis secondaire.

Nous aurons bien guéri notre ectropion, mais en produisant une affection plus grave encore.

Or, si dans les cas très accentués le procédé en vanne en trois temps est contre-indiqué, on peut cependant l'employer à condition de lui adjoindre un quatrième temps opératoire.

C'est encore là un des avantages de cette méthode, puisque on peut, en la modifiant un peu, l'appliquer aux cas où elle semblait ne donner aucun résultat.

En effet, le procédé en vanne, remarquons-le bien, guérit, guérit même trop les ectropions extrêmes puisqu'il occasionne de l'entropion. Que faudra-t-il donc faire pour qu'il redevienne applicable ? Il faudra simplement ajouter une doublure au lambeau antérieur. Cette doublure soutiendra le lambeau musculo-cutané et rendra plus épais le bord libre de la paupière ; il préviendra ainsi l'entropion et la trichiasis secondaire ; c'est là le but du quatrième temps.

Ce temps surajouté consiste simplement à adjoindre au procédé en vanne une autoplastie à lambeau temporo-commissural.

Ce lambeau est pris horizontalement dans la direction des plis commissuraux. Avant de le disséquer il sera bon de le dessiner au crayon dermo-graphique. Il n'est pas toujours facile d'obtenir du premier coup un lambeau bien approprié à la région sur laquelle on veut le fixer. Il comprendra la peau en son entier, ainsi qu'une faible couche de tissu cellulaire sous-cutané. Sa longueur et sa

largeur seront appropriées à la doublure nécessaire à la lame palpébrale musculo-cutanée. On commencera par détacher ce lambeau en débutant par son sommet externe et en continuant jusqu'à sa base interne qu'on laisse adhérente. On fait ensuite passer ce lambeau sous un pont commissural de manière à l'appliquer contre la lame antérieure, la face épidermique du lambeau étant tournée du côté de l'œil.

Afin que ce lambeau ne se nécrose pas, il importe que sa base soit assez large et que son pédicule ne soit pas trop tordu, sans quoi le sang y afflue plus difficilement, la nutrition devient plus difficile et, s'il se produit un peu de suppuration, il arrive parfois, dans ces conditions-là, que le lambeau est détruit en partie ou en totalité, ce qui n'arrive pas, si le lambeau reçoit par sa base assez de sang pour conserver une vitalité suffisante jusqu'au jour où il sera greffé sur la paupière.

Lorsqu'on aura donné au lambeau la position qui lui convient, il ne reste plus qu'à le fixer par des points de suture. Pour cela on met en général trois fils : un en bas, au sommet de la lame tarso-conjonctivale ; le second, en haut, vers le fond marginal de la paupière ; enfin, un troisième point de transfixion en anse assure l'application intermédiaire.

On s'occupera ensuite de la plaie temporale qu'on suturera exactement. La réunion aura lieu par première intention et après quelque temps il ne subsistera aucune trace de cicatrice.

On aura ainsi augmenté le cul-de-sac conjonctival, tant en surface qu'en profondeur, et la bordure autoplastique ainsi obtenue donne toute garantie contre toute rétraction défectueuse.

Nous voyons donc que, même dans les cas où le procédé

en vanne seul serait contre-indiqué, on peut encore l'employer, à condition de le modifier ou mieux d'ajouter à ses trois temps un temps supplémentaire.

Il faut d'ailleurs savoir que l'on combine souvent le procédé en vanne avec d'autres procédés opératoires. Ainsi l'on complète souvent cette opération par une blépharorraphie externe. De même, dans les cas où une partie de la conjonctive est fortement hypertrophiée, on réséque, avant d'opérer, la partie exubérante de la muqueuse.

Les contre-indications absolues du procédé en vanne sont donc peu nombreuses ; elles se rapportent presque toutes aux cas d'ectropions cicatriciels avec vaste perte de substance. Dans les autres cas, le procédé légèrement modifié reste applicable.

OBSERVATIONS

Observation première

(Inédite)

Ectropion lacrymal. — Procédé en vanne ODG. — Impossibilité de faire le cathétérisme

Joachim C..., 66 ans, cultivateur à Celleneuve, entre à la clinique le 1er juillet 1910 pour se faire opérer de cataracte.

Le début de l'affection remonte à deux ans.

Comme antécédents héréditaires on ne note rien de particulier, sinon que le malade a un frère qui a déjà eu la cataracte.

Comme antécédents personnels on ne note rien non plus, sinon du larmoiement ancien.

Etat actuel. — O D. La cornée est normale, l'iris également.

La conjonctive, tant bulbaire que palpébrale, est atteinte d'inflammation chronique très marquée. Le bord marginal de la paupière inférieure est fortement éversé en dehors et forme en dessous de l'œil un bourrelet rougeâtre, d'aspect eczémateux, ayant de 7 à 9 millimètres d'épaisseur.

Il existe en plus un larmoiement assez abondant.

Le cristallin est opacifié et de couleur gris noirâtre. Fond d'œil inéclairable. VOD = q.

O-G. La cornée et l'iris sont normaux.

Le cristallin est légèrement opalescent.

Les conjonctives bulbaires et palpébrales sont hyperhémiées et atteintes d'inflammation chronique. Le bord palpébral inférieur est fortement ectropionné et forme un bourrelet eczémateux et rougeâtre de 8 à 10 millimètres d'épaisseur. Larmoiement assez abondant.

Le fond de l'œil est difficilement éclairable, la pupille paraît normale. VOG = 0,4.

Les points lacrymaux ODG sont invisibles, même après une inspection très attentive. Il est absolument impossible de faire le pansement lacrymal.

Le 13 août le malade sort de la clinique.

Le 3 novembre il revient.

Le 10 novembre il est opéré de son ectropion ODG, sans qu'on en ait pu faire le cathétérisme, par le procédé en vanne.

Le 12 on enlève le fil médian, qui avait suppuré légèrement.

Le 16 on enlève les deux fils latéraux.

L'état des paupières est parfait.

Le 18, le malade fait une poussée aiguë d'eczéma des paupières ODG, qui dure une dizaine de jours et cède à l'emploi répété du protargol en badigeonnage.

Le 30 novembre le malade sort guéri de la clinique.

Mai 1911. — Le malade revient à la clinique faire constater son état et, malgré le larmoiement qui avait persisté, puisqu'on n'avait pu trouver les points lacrymaux et faire le cathétérisme et malgré une attaque aiguë d'eczéma des paupières, la guérison se maintient parfaite des deux côtés.

Observation II

Ectropion ex vacuo. — Impossibilité de porter un œil artificiel. — Sutures infructueuses. — Application du procédé autoplastique en vanne avec lambeau temporal sous-commissural. — Guérison.

M. X..., étudiant en droit, Montpellier. L'œil droit avait été énucléé consécutivement à un traumatisme et était remplacé par un œil artificiel.

La cavité conjonctivale s'étant rétrécie graduellement, il s'est fait peu à peu de l'ectropion. Depuis quelque temps l'œil ne peut plus être supporté, car il glisse sur la paupière inférieure dès qu'on l'applique dans l'orbite. On a d'abord essayé, sans résultat durable, deux sutures en anse traversant la conjonctive au bas du tarse et venant sortir par la peau, espérant créer ainsi une dépression qui retiendrait la pièce artificielle ; puis, devant l'insistance légitime du patient, on a appliqué le procédé autoplastique en vanne avec lambeau temporal sous-commissural de 3 centimètres sur 1. Le résultat a été de tous points excellent et l'œil artificiel a été repris.

Toutefois, comme la cavité conjonctivale est encore un peu exiguë, nous avons fait appliquer, la nuit, dans l'orbite, une bille en verre qui assure pour le jour suivant la place de l'œil artificiel. Ce petit moyen paraît être en effet assez avantageux.

Le malade est guéri depuis. Or, l'opération fut faite en 1895, et depuis 16 ans la guérison se maintient parfaite.

Observation III

Ectropion lacrymal juvénile ODG. — Blepharo-conjonctivite. — Leucomes circonscrits OG. — Opération par le procédé en vanne ODG

R..., Salomon, 18 ans, mineur, entre à la clinique le 20 septembre 1897, pour larmoiement et rougeur des paupières ODG.

Les antécédents héréditaires et personnels sont nuls.

L'affection actuelle a débuté il y a une douzaine d'années par de la rougeur des paupières, de la photophobie et du larmoiement ; elle est restée stationnaire pendant six ans environ, puis s'est aggravée subitement, il y a quatre ans, à cette époque. une poussée de kératite se produisit. Les deux leucomes, assez étendus, consécutifs à des ulcères de la cornée gauche, datent de cette époque.

Le traitement avait simplement consisté en lavages et cautérisations au nitrate d'argent.

A son entrée, le 20 septembre, le malade présente un état général assez bon et un facies lymphatique.

Les paupières inférieures des deux côtés sont enflammées et présentent une coloration rouge foncé. Les cils sont presque complètement tombés ainsi qu'aux paupières supérieures. Le bord ciliaire est en outre très hypertrophié.

Larmoiement ODG.

Pas de granulations.

Pas de photophobie.

Conjonctives bulbaires normales.

OD : cornée normale V = 1.

OG : la cornée présente deux leucomes superficiels, de

2 à 4 millimètres de diamètre et siégeant à la partie supérieure et externe V = 2/3.

Iris normal.

Pas de douleurs oculaires.

Traitement. — Cathétérisme ODG. Lavages du nez avec la solution physiologique de chlorure de sodium, à laquelle on ajoute 2 gr. de teinture d'iode.

Pommade à l'oxyde de zinc sur le bord des paupières.

22 septembre. — Incision des canalicules ODG.

26. — Anesthésie au chloroforme.

Incision profonde divisant la paupière inférieure ODG en deux lames, l'une antérieure cutanée, l'autre postérieure muqueuse. On fait glisser la lame cutanée sur la lame muqueuse, en l'attirant en haut, et on la suture par quatre points en capiton.

Pansement légèrement compressif.

27. — Premier pansement ; léger œdème palpébral.

28. — On supprime tout pansement. Deux points de suture au catgut sont ajoutés à chaque commissure externe pour resserrer davantage les fentes palpébrales.

20 octobre. — On résèque aux ciseaux une petite bande de tissu exubérant sur chaque paupière, au niveau du lambeau postérieur.

28. — Résultat OG excellent.

OD présente une petite encoche formée par un fil enlevé trop tard.

6 novembre. — Exéat.

Observation IV

(Inédite)

ODG Ectropion à la partie externe. — Ectropion à la partie interne, sténose des voies lacrymales. — Procédé en vanne ODG, pour corriger à la fois l'entropion et l'ectropion.

Hippolyte F..., 26 ans, boulanger, Montpellier. Entre à la clinique ophtalmologique le 8 janvier 1901, pour larmoiement et rougeur oculaire ODG.

Antécédents héréditaires. — Mère souffre des yeux depuis longtemps.

Antécédents personnels. — Rougeur des yeux depuis l'enfance. Larmoiement constant avec de temps en temps poussées plus fortes. Pas de douleurs orbitaires, ni périorbitaires, pas de sensation de gravier. Bonne vue habituelle.

A son entrée à la Clinique, le malade présente l'état suivant :

ODG. — Ectropion à la partie externe, surtout marqué à OG, et entropion à la partie moyenne de la paupière.

Rougeur conjonctivale intense aux deux paupières inférieures droite et gauche ; voies lacrymales oblitérées, larmoiement.

Fin semis de petites granulations aux paupières supérieures droite et gauche.

9 janvier 1901. — On fait le cathétérisme ; la sonde passe à grand'peine, surtout à droite.

10 janvier 1901. — Opération des deux paupières inférieures par le procédé en vanne : on dédouble la paupière en deux lames, puis on a soin, pendant les sutures, de faire jouer les deux feuillets, de telle sorte que l'en-

tropion soit corrigé à la partie moyenne, et l'ectropion à la partie externe.

12 janvier 1901. — Les fils sont enlevés. Bon résultat opératoire.

15 janvier 1901. — On complète les résultats par une blépharorraphie externe ODG.

20 janvier 1901. — Guérison. Exeat.

Observation V

(Inédite)

Ectropion sénile ODG. — Procédé en vanne

R... Mathieu, 73 ans, cultivateur, Clermont-l'Hérault.

Entré à la Clinique le 16 janvier 1904, pour douleur et rougeur OD.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de cataracte.

Antécédents personnels. — Il y a quinze ans, le malade présente de l'ostéo-arthrite du cou-de-pied, qui a nécessité une intervention chirurgicale ; mais il a subsisté un léger écoulement de pus au niveau de la région interne du cou-de-pied.

Jusqu'à il y a six mois, le malade a toujours eu bonne vue et n'a jamais porté de verres. Mais depuis six mois, le malade a constaté un peu de rougeur, de larmoiement et de ptosis ODG. Depuis trois semaines, le malade a ressenti quelques picotements, surtout à OD, et depuis huit jours des douleurs assez vives dans OD et surtout pré-orbitaires.

Etat actuel. — OG : Ectropion de la paupière inférieure ; larmoiement, rougeur palpébrale ; un peu de vascularisation ciliaire. VOG = 1.

OD : Douleur préorbitaire s'étendant du côté du crâne et revenant par intervalles dans la journée.

La paupière inférieure est ectropionnée ; rougeur du bord palpébral ; rougeur du globe oculaire. On note sur le segment inféro-interne de la cornée un petit ulcère et un peu de pus dans la chambre antérieure. Iris contracté.

VOD : 0,9.

26 janvier 1905. — On fait le procédé en vanne ODG, auquel on ajoute une légère blépharorraphie externe ODG.

31 janvier 1905. — Ablation des fils.

6 février 1905. — Scarification légère de la conjonctive un peu exubérante.

8 février 1905. — Le malade est complètement guéri.

Mai 1911. — Le malade a été revu au mois de mai 1911. La guérison se maintient parfaite des deux côtés.

Observation VI

(Inédite)

Ectropion paralytique et épiphora OG. — Procédé en vanne. — Guérison

Ch... Antoine, 80 ans, berger à Langogne. Entre à la Clinique le 4 novembre 1904.

Le père du malade est mort à 63 ans, probablement de bacillose ; mère morte à 73 ans.

Comme antécédents personnels, le malade n'accuse rien sinon une paralysie traumatique du facial.

Etat actuel. — ODG : larmoiement et infection conjonctivale ; opacité du cristallin plus marquée OG.

OG : la paupière inférieure est éversée et présente un ectropion assez accentué.

5 novembre 1904. — OG : incision du canalicule lacrymal.

8 novembre 1904. — OG : on fait le procédé en vanne.

24 novembre 1904. — Ablation des fils.

26 novembre 1904. — On résèque aux ciseaux un petit bourgeon charnu.

1er décembre 1904. — Le malade est guéri de son ectropion ; on opéra alors sa cataracte.

Observation VII

(Inédite)

Ectropion juvénile ODG avec blepharo-conjonctivite et dacryocystite
Procédé en vanne ODG. — Guérison

C... Auguste, 20 ans, boulanger, Montpellier. Entre le 12 février 1909 à la Clinique pour rougeur et larmoiement chronique ODG.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Au moment où il entre à la Clinique, le malade présente l'état suivant :

ODG. — *Paupières.* — Les deux paupières inférieures sont rouges, ectropionnées et œdématiées, surtout au niveau du bord ciliaire.

La plus grande partie des cils est tombée.

Conjonctives : *a*) palpébrales rouges, hyperhémiées.

b) bulbaires, d'aspect normal.

Voies lacrymales : les points lacrymaux sont éversés ; larmoiement.

Cornée : OD, léger leucome central ;

OG, léger leucome central très diffus.

Iris : normal.

16 février 1909. — Procédé en vanne ODG. Opération normale.

18 février 1909. — Ablation d'un fil.

19 février 1909. — Ablation de deux fils latéraux.

29 février 1909. — Guérison, exeat.

Mai 1911. — Le malade a été revu en mai 1911. La guérison se maintient parfaite des deux côtés.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 20 juin 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 juin 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Le procédé en vanne consiste :

1° Dans le dédoublement de la paupière en deux lames, une lame antérieure ou musculo-cutanée, et une lame postérieure ou tarso-conjonctivale.

2° Dans le relèvement en vanne de la lame antérieure ;

3° Dans la fixation de cette lame musculo-cutanée dans la position qui corrige l'ectropion.

C'est un procédé simple, qui peut s'appliquer aux diverses variétés d'ectropion. Il est cependant particulièrement indiqué dans les cas d'ectropion *ex vacuo,* et dans les cas d'ectropion sénile un peu accentués ; son emploi est, au contraire, contre-indiqué dans les ectropions cicatriciels très marqués.

Enfin, comme le montrent les statistiques que nous avons jointes à notre travail, c'est un procédé qui donne des résultats durables, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique.

Opération d'ectropion par le procédé e

ANNÉE de L'OPÉRATION	NOMS ET PRÉNOMS	DOMICILE	SEXE	AGE	PROFESSION	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX
1895	P.	Montpellier	M.	19	Etudiant	
1897	Salomon R.		M.	18	Mineur	Lymphatisme
1898	Lucien C.	Labastide	M.	64	Cultivateur	
1898	Rosalie D.	Pradine	F.	50	Ménagère	
1898	Marie B.	Pau	F.	24	Domestique	
1898	Marie R.		F.	33	Ménagère	
1899	Mélanie H.	Riols	F.	55		
1900	Eugène F.	Arles	M.	26	Cultivateur	
1900	Marguerite F.		F.	30	Ménagère	Lymphatisme
1900	Hippolyte F.	Montpellier	M.	26	Boulanger	
1901	André R.	Saint-Hippolyte	M.	27	Cultivateur	
1902	Auguste V.	Cette	M.	20	Pêcheur	
1902	J. M.	Clermont	M.	68	Cultivateur	
1902	Philippe P.	Montpeyroux	M.	62	Cultivateur	
1903	Marguerite B.	St-Laurent-la-Sal.	F.	36	Couturière	
1903	Martin C.	Bédarieux	M.	73	Cultivateur	
1903	Catherine M.	Lacaune	F.	59	Ménagère	
1904	Désiré R.	Montpellier	M.	57		
1904	Mathieu R	Clermont-l'Hér.	M.	73	Cultivateur	Ostéo-arthrite tuberculeuse
1904	Joachim G.	Puéchabon	M.	70	Cultivateur	
1904	Etienne V.	Frontignan	M.	64	Tonnelier	
1904	Benjamin P.	Clermont-l'Hér.	M.	66	Cantonnier	
1904	Antoine C.	Langogne	M.	80	Berger	

anne (Clinique Ophtalmologique de Montpellier)

ANTÉCÉDENTS OCULAIRES	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	RÉSULTATS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS A CE JOUR
O D Panophtalmie traumatique	O D ectrop. ex-vacuo	O D Proc. eu vanne	Bon	Bon
O D G Larmoiement	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Inconnu
O D G Blépharo-conjonctivite chronique	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	—
O D Enucléation suite de panophtalmie	O D ectrop. ex-vacuo	O D — —	Bon	—
O D Enucléation suite de panophtalmie	O D ectrop. ex-vacuo	O D — —	Bon	—
O D Larmoiement conjonctivite chronique	O D ectrop. lacrymal	O D — —	Bon	—
O D G Brûlure des paupières	O D G ectrop. cicatriciel	O D G — —	O D Bon O G Médiocre	—
O D Enucléation	O D ectrop. ex-vacuo	O D — —	Bon	—
O D G Dacryocystite muqueuse	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	O G Bon O D Médiocre	—
O D G Conjonctivite chronique dacryocystite	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	—
O D Enucléation	O D ectrop. ex-vacuo	O D — —	Bon	—
O D G Larmoiement	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	—
O D G Cataracte et larmoiement	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D G Dacryocystite mucopurulente et cataracte	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D G Larmoiement et blépharo-conjonctivite	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Inconnu
O D Dacryocystite purulente et cataracte	O D ectrop. lacrymal	O D — —	Bon	—
O D G Cataracte et blépharo-conjonctivite	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D	O D ectrop. lacrymal	O D — —	Bon	Inconnu
O D G Cataracte, larmoiement et ptosis	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D G Dacryocystite et conjonctivite chronique	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D Enucléation consécutive à ulcère à hypopyon	O D ectrop. ex-vacuo	O D — —	Bon	Bon
O G Cataracte dacryocystite muqueuse	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	Bon
O G Larmoiement Epiphora paralytique	O G ectrop. paralytiq.	O G — —	Bon	Inconnu

Opération d'ectropion par le procédé en

ANNÉE de L'OPÉRATION	NOMS ET PRÉNOMS	DOMICILE	SEXE	AGE	PROFESSION	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX
1905	Louise H.	Béziers	F.	72	Ménagère	
1905	Pépin L.	Montpellier	M.	73	Maçon	
1905	Philippe D.		M.		Berger	
1906	Auguste B.	Montpellier	M.	43	Cultivateur	
1906	Pierre L.	Lodève	M.		Propriétaire	
1906	Antonin P.	Le Caylar	M.	25	Cultivateur	
1906	Rosa B.	Montpellier	F.	28	Ménagère	
1906	Louis V.	Cette	M	58		
1907	Louis M.	Marseille	M.	50	Emp. au P. L. M.	
1908	Paul C.	Montpellier	M.	19	Cultivateur	Tuberculose Ganglionnaire
1908	Louis B.	Mèze	M	55	Pêcheur	
1908	Emile S.	Ganges	M.	68	Cultivateur	
1908	Manuel L.	Sans domicile	M.	58	Musicien amb.	
1908	Marie C.	Montpellier	F.	78	Cultivateur	
1908	François R.	La Panouse	M.	40	Scieur de Long	
1909	Elisabeth Q.	Florensac	F.	78	Ménagère	
1909	Auguste C.	Montpellier	M.	20	Boulanger	
1909	Joachim C.	Bargas	M.		Berger	
1909	Guilhem S.	St-Guilh.-l-Désert	M.	73	Propriétaire	
1910	Pierre R.	Aigues-Vives	M.	32	Cultivateur	
1910	Marie C.	Montpellier	F.	40	Chapellière	
1910	Joachim C.	Celleneuve	M.	66	Cultivateur	

Vanne (Clinique Ophtalmologique de Montpellier)

ANTÉCÉDENTS OCULAIRES	DIAGNOSTIC	INTERVENTION	RESULTATS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS A CE JOUR
O D Cataracte sénile et larmoiement	O D ectrop. lacrymal	O D Proc. en vanne	Bon	Bon
O G Cataracte complète et blépharo-conjonctivite	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	Inconnu
O G Cataracte sub-complète et dacryocystite purulente	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	—
O G Panophtalmie suite ulcère à hypopyon	O G ectrop. ex-vacuo	O G — —	Bon	—
O D G Cataracte et dacryocystite muco-purulente	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Inconnu
O G Evidement suite de traumatisme	O G ectrop. ex-vacuo	O G — —	Médiocre	Récidive
O D Enucléation suite de traumatisme	O D ectrop. ex-vacuo	O D — —	Bon	Inconnu
O G Dacryocystite muqueuse et blépharo-conjonct.	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	Bon
O G Conjonctivites ubaigüe et dacryocystite muq.	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	Inconnu
O D Blépharo-conjonctivit.	O G ectrop lacrymal	O D — —	Bon	—
O D G Conjonctivite subaigüe dacryocystite muq.	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D G Blépharo-conjonctivite et larmoiement	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D G Conjonct. chron. dacryocyst. muco-pur.	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Médiocre	Inconnu
O G Catarac. sub-complète et dacryocyst muco-pur.	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	Bon
O D Brûlure de la paupière inférieure	O D ectrop. cicatriciel	O D — —	Bon	Bon
O G Blépharo-conjonctivite et larmoiement	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	Bon
O D G Blépharo-conjonct. eczémateuse	O D G ectrop lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O G Cataracte et dacryocystite purulente.	O G ectrop. lacrymal	O G — —	Bon	Récidive
O D G Catar. bléph.-conj. avec larmoiement	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon
O D Ulcération de la paupière inférieure	O D ectrop. cicatriciel	O D — —	Bon	Bon
O D Bléphar.-conjonct. et dacryocystite muqueuse	O D ectrop. lacrymal	O D — —	Bon	Inconnu
O D G Catar. dacryocyst. pur, et eczéma des paup.	O D G ectrop. lacrymal	O D G — —	Bon	Bon

BIBLIOGRAPHIE

Cader. — Traitement de l'ectropion lacrymal. Thèse Montpellier, 1897.

Delord et Revel. — Annales d'oculistique. Mai 1908.

Dupuy-Dutemps. — Annales d'oculistique. Décembre 1910, page 434.

Fromaget. — Procédé en vanne (Compte-rendu de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 10 mai 1898.)

Harsac-Ezano. — Rapports de l'ectropion palpébral et de la dacryocystite chronique. Thèse de Toulouse, 1906-07.

Lagrange et Valude. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, tome IX.

Leprince. — Du procédé en vanne dans le traitement de l'ectropion. Thèse de Montpellier, 1898.

Truc, Valude et Fraenkel. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, tome 2. Paris, 1908.

Truc. — Nouvelle opération autoplastique de l'ectropion de la paupière inférieure consécutif à l'énucléation de l'œil. Procédé en vanne. Archives d'Ophtalmologie, 8 octobre 1897.

— Traitement opératoire de l'ectropion sénile. Congrès d'Ophtalmologie, Paris, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

PRÉFACE VII

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER. — SOINS ET PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES. 17

Cathétérisme 18

Incision des canalicules lacrymaux. 18

Protargolage 19

Bromidia 19

Anesthésie { générale . . . . . 19 / locale 20

Instrumentation 20

Assistance 20

CHAPITRE II. — TECHNIQUE DU PROCÉDÉ EN VANNE 22

1° Dédoublement palpébro-marginal 24

2° Relèvement en vanne de la lame antérieure. 27

3° Blépharopexie muco-cutanée 29

CHAPITRE TROISIÈME. — SOINS CONSÉCUTIFS ET SUITES OPÉRATOIRES 30

Hémostase 30

Toilette locale et régionale. 30

Pansement humide 31

Ablation des points de suture. 32

Suites 33

PAGES

CHAPITRE IV. — Avantages du procédé. — Indications et contre-indications 35

Simplicité 35
Rapidité de la technique 36
Guérisons rapides 36
Résultats opératoires 38

Indications :
- Ectropion ex-vacuo 38
- — sénile. 40
- Formes avancées 41

Contre-indications :
- relatives. 41
- absolues. 42

Observations 47

Conclusions 57

Tableaux synoptiques 58

Bibliographie 63

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !